Aus der I. inneren Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses
zu Berlin (Prof. L. Kuttner)

Beitrag zur Kenntnis von Magenblutungen ohne anatomische Grundlage.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

VON

Walter Unverricht
aus Berlin.

Tag der Promotion: 14. August 1914.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **His.**

Meiner lieben Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546508_0071

Im Kapitel der Magenblutungen bilden ein strittiges Gebiet die sogenannten parenchymatösen Blutungen, wo selbst bei genauester makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung der Schleimhaut des ganzen Verdauungstraktus eine anatomische Ursache für die per os oder rectum erfolgte Blutung nicht festgestellt werden kann.

In der Literatur finden sich bereits mehrere derartige Fälle, wo auch die Sektion keinen Aufschluß über die Entstehung der Blutung gab. Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes beansprucht jede hierher gehörige einwandfreie Beobachtung besonderes Interesse. Deswegen dürfte auch die Veröffentlichung nachstehenden Falles, der auf der 1. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin (Prof. L. Kuttner) zur Beobachtung kam, wertvoll sein.

Es handelte sich um eine 35jährige ledige Patientin, deren Familienanamnese nichts Besonderes darbot. Kinderkrankheiten hat sie angeblich nicht durchgemacht, doch will sie als Kind an schwachem Magen und häufigem Erbrechen gelitten haben. Mit 17 Jahren erste Menstruation, die im 18. Lebensjahr wieder aussetzte. Im Alter von 18 Jahren zum ersten Male starkes Bluterbrechen. Mit 24 und mit 30 Jahren erneute Hämatemesis. Damals wurde die Diagnose auf Ulcus ventriculi gestellt und eine Gastroenterostomia retrocolica posterior gemacht. Ein Jahr später trat das Bluterbrechen wieder auf; Besserung nach Spülungen mit Argentum nitricum. Nach weiteren 2 Jahren gab sich die Patientin derselben Erscheinungen wegen in Krankenhausbehandlung; in dieser Zeit will sie auch Nierenbluten gehabt haben. Ein Bericht von dem betreffenden Krankenhause war leider nicht zu erhalten.

Am 20. April 1912 suchte sie wegen erneuten Bluterbrechens das Rudolf-Virchow-Krankenhaus zu Berlin auf.

Status: Mittelgroße, schlecht genährte Patientin mit grazilem Knochenbau. Muskulatur schwächlich und schlaff. Gesichtsfarbe auffallend lebhaft gerötet. Mammae sehr schwach entwickelt. Thyreoidea nicht vergrößert. Kein Glanzauge.

Lungen: Normaler Schall und vesiculäres Atmen.

Herz: Grenzen normal, Töne rein.

Abdomen: Operationsnarbe vom Processus xiphoideus bis zum Nabel. Die Narbe ist mäßig druckschmerzhaft. Rechts oberhalb des Nabels ist ein etwa kleinfingerdicker Strang zu tasten, der von der Mittellinie horizontal bis unter den rechten Rippenbogen verläuft. Sonst keine Resistenz oder Schmerzhaftigkeit.

Links vom XII. Brustwirbel-Dornfortsatz schmerzhafter Druckpunkt.

Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Sanguis negativ.

Faeces: sanguis negativ.

20 cm langes Stück Taenia saginata.

Nervensystem: Motilität und Sensibilität völlig intakt. Pupillen reagieren auf Licht und Akkomodation. Knochen- und Sehnenreflexe normal, mäßige Dermographie. Rachenreflexe normal, schwacher Tremor linguae, manuum et palpebrarum.

Hals- und Rachenorgane: ohne path. Veränderungen.

Vier Tage nach der Aufnahme wurde eine Funktionsprüfung des Magens vorgenommen.

Probeabendessen, bestehend aus Reis mit Korinthen, zum Teil gleich nach der Einnahme erbrochen. Die Ausheberung nüchtern am nächsten Morgen ergab: 75 ccm grüner Schleim, Reaktion sauer. Reichlich Reste (Korinthen, Reis). Freie HCl: —, Gesamtacidität: 9, Milchsäure: —.

Am nächsten Morgen wurde, nachdem der Magen ausgewaschen worden war, ein Probefrühstück nach Ewald ge-

geben. Die eine Stunde später vorgenommene Ausheberung zeigte: 120 ccm gut verdauten Speisebrei, sanguis negativ.

Freie HCl 14.

Gesamtacidität 33.

Die Fleischsäckchenprobe nach Schmidt ergab mangelhafte Kernverdauung. Nach Schmidtscher Probekost: Stark stinkender Stuhl, ohne nachweisbare erhebliche Eiweißfäulnis; im mikroskopischen Präparat vereinzelte Bindegewebsfasern, Muskelfasern ohne Querstreifung, zahlreiche Pflanzenzellen, keine Fettsäurenadeln.

Die Gärungsprobe ergibt keine erhebliche Gasbildung.

Diastasewerte nach Wohlgemuth: Urin 25 resp. bei einer 2. Untersuchung 167, Stuhl 1770.

Die Röntgendurchleuchtung zeigte, daß sich die Dünndarmschlingen nach der Wismutmahlzeit sehr rasch füllten; doch konnte ein sicherer Zusammenhang zwischen der unteren Magenkurvatur und den Dünndarmschlingen nicht nachgewiesen werden. Ein Wandern des Breies durch den Pylorus wurde nicht deutlich beobachtet.

Die Blutuntersuchung ergab:

Erythrozyten: 4,1 Millionen.

Leukozyten: 1600.

Lymphozyten: 23 %.

Polynucleäre: 72 %.

Eosinophile: 1 %.

Mastzellen: 2 %.

Uebergangsformen: 2 %.

Hämoglobingehalt: 65 %.

Die Temperatur der Patientin stieg zeitweilig bis 38 ° an (einmal bis 39 °), ohne nachweisbare Ursache.

Am 9. Mai erfolgte zum ersten Male während der Krankenhausbeobachtung Erbrechen.

Eine am 10. Mai vorgenommene erneute Magenuntersuchung ergab:

Nüchtern nach Probeabendessen (Reis mit Korinthen):

geringe Mengen Blut und Reste, die mikroskopisch Stärke, Hefe und Detritus enthielten.

Befund des Ausgeheberten nach Probefrühstück: ca. 150 ccm schlecht verdauter Speisebrei ohne auf Blut verdächtige Färbung, Blutprobe +.

Freie HCl 18.

Gesamtacidität 37.

Das Befinden der Patientin besserte sich bald darauf.

Am 6. Juni stellten sich plötzlich Leibschmerzen, Auftreiben der Magengegend und Druckschmerz ein. In der darauffolgenden Nacht Erbrechen; das Erbrochene zeigte keine auf Blut hindeutende Verfärbung, enthielt jedoch chemisch nachweisbares Blut. Das Erbrechen hielt einige Tage an, zeigte zeitweilig größere makroskopisch sichtbare Blutbeimengungen und stand dann nach Gelatineinjektion. Patientin erhielt NaCl und Traubenzucker-Dauerklysma; keine Nahrung per os. Das zuletzt Erbrochene zeigte schwärzliche Verfärbung, enthielt Blutfarbstoff und mikroskopisch: Blutgerinnsel.

Nachdem am 18. versuchsweise kalte Milch mit Haferschleim per os gegeben worden war, erneutes Erbrechen. Die am Tage darauf gegebene Milch wurde indessen gut vertragen. Einen Tag später wurde ein Ei zugelegt, worauf sich wieder Erbrechen mit Blut einstellte, das bis zum nächsten Vormittag anhielt.

Am 24. Juni erneutes Bluten. Patientin hat heftige Schmerzen. Nach und nach stellt sich wieder leidliches Wohlbefinden bei ihr ein.

Am 19. Juli morgens plötzlich einsetzender heftiger Schmerz, Auftreibung der Magengegend, Erbrechen gelblicher Massen in ziemlich großer Menge. Blutreaktion schwach positiv. Der Urin ist dunkel und zeigt eine positive Blutreaktion. Zu beachten ist, daß dieser Blutgehalt des Urins nicht etwa vom Uterus herrühren konnte, da die Patientin, wie bereits eingangs erwähnt, seit ihrem 18. Lebensjahre amennorrhoisch war. Im Sediment fanden sich vereinzelte rote Blutkörperchen. Es wur-

den 40 ccm Gelatine subkutan injiziert. Das Erbrechen stellte sich nicht wieder ein, dagegen wurde häufig Luft durch Aufstoßen entleert. Puls mäßig, Haut cyanotisch verfärbt.

Am 21. Juli zeigen die Faeces eine negative Blutreaktion.

Am 24. Juli Stuhl sanguis +, obwohl die Patientin keine Speisen per os erhalten hatte. Der Hämoglobingehalt des Blutes ist auf 45 % gesunken.

Nach relativem Wohlbefinden klagt die Patientin am Morgen des 26. Juli wieder über Schmerzen im Leib und Atemnot. Es trat erneutes starkes Bluterbrechen ein, die Magengegend war deutlich aufgetrieben, Herzaktion beschleunigt, an der Spitze ein systolisches Geräusch zu hören. Puls klein, Gesichtsfarbe sehr blaß. Mittags erneuter Anfall von starker Atemnot und Erbrechen, worauf nach einigen Minuten der Exitus erfolgte.

Die im pathologischen Institut des Rudolf-Virchow-Krankenhauses (Geh. Rat von Hansemann) vorgenommene Autopsie ergab folgenden Befund:

Leiche einer Frau in mäßigem Ernährungszustand. Auf der rechten Bauchseite findet sich eine 10 cm lange alte, längs verlaufene Operationsnarbe. Haut- oder Schleimhautblutungen fehlen, das Knochenmark zeigt keine pathologische Veränderung.

Brusthöhle: Zwerchfellstand rechts IV., links V. Intercostalraum. Herzbeutel enthielt ca. 200 ccm mäßig trüber, gelblicher Flüssigkeit. Das Epicard zeigt besonders über den Arterien feinwarzige, grauweißliche Auflagerungen. Blutungen nicht sichtbar. Herz etwa leichenfaustgroß, das Myocard entsprechend dick, aber etwas schlaff. Endocard und Klappenapparat zeigen normale Verhältnisse.

Die Aorta ist etwas eng und schrumpft beim Aufschneiden zusammen. Die Abgänge der Intercostalarterien sind unregelmäßig angeordnet; um sie herum zeigt die Intima graugelbliche, weiche Verdickungen.

Lungen beiderseits voluminös, collabieren nur schlecht. Oberfläche glatt und spiegelnd, graublau gefärbt, Konsistenz flaumig; besonders an den Randpartien finden sich bis kirsch-

kerngroße, luftgefüllte Bläschen, Schnittfläche gleichmäßig graurot gefärbt, nirgends Herde. Bronchien: Schleimhaut blaß.

Hilusdrüsen etwas anthrakotisch.

Rippen: An dem oberen Rande bemerkt man bei dem größten Teil der Rippen bis hirsekorngroße Knochenvorsprünge.

Halsorgane: Tonsillen normal, Thyreoidea normal, Larynx normal.

Bauchhöhle: Peritoneum glatt und spiegelnd. Milz entsprechend groß, Konsistenz sehr derb. Kapsel zart und durchsichtig, Pulpa dunkelrot.

Leber entsprechend groß, Konsistenz mäßig vermehrt. Auf dem Durchschnitt sieht man deutlich die Läppchenzeichnung und die Zentralvenen.

Gallenblase ohne Veränderungen.

Der Magen ist gefüllt mit geronnenem Blut. An der großen Kurvatur findet sich eine gut geheilte arteficielle Anastomose mit einer Jejunumschlinge. Die Schleimhaut ist sehr stark gerötet, geschwollen und mit sehr zähem Schleim bedeckt. Eine Ulcusnarbe wird nicht gefunden. Der Pylorus ist gut für den kleinen Finger durchgängig. Duodenalschleimhaut normal, auch im Verlauf des ganzen Dünn- und Dickdarms ist bei makroskopischer Besichtigung keine Ursache für die mit dem Kot erfolgte Blutung zu finden.

Pancreas normal.

Nieren: Sie sind beide entsprechend groß, von ziemlich derber Konsistenz; die Kapsel läßt sich leicht abziehen. Oberfläche glatt, die Schnittfläche zeigt verbreiterte Rindenzeichnung, außerdem kontrastiert das Mark durch seine dunkle Färbung deutlich gegen die hellere Rinde. Mit Hilfe der Linse sieht man in den geraden Kanälchen längs verlaufende rote Streifungen. Nierenbecken stark gerötet, zeigt bis linsengroße Blutungen.

Ureteren: ohne Veränderung.

Blase stark kontrahiert, Schleimhaut graurötlich verfärbt und mit dünnem Eiter bedeckt.

Kopf und Rückenmark:

Knöcherner Schädel
Hirnhäute
Gyri, Sulci
} ohne path. Veränderung.

Mikroskopische Untersuchungen:

Nieren: Hämorrhagien
Leber: normal
Magen: normal
} Gefäße und Kapillaren ohne Veränderungen

Anatomische Diagnose:

Cicatrix inveterata abdominis ex operatione. Pericarditis serofibrinosa. Hypoplasia aortae. Emphysema pulmonum. Gastroenterostomia posterior. Gastritis. Cyanosis lienis, hepatis et renum. Pyelonephritis. Cystitis purulenta. Status menstrualis uteri. Myoma uteri subserosum et intramurale multiplex. Exostoses costarum.

Es handelte sich also um eine Patientin, die seit ihrem 18. Lebensjahre an Bluterbrechen litt und verschiedentlich deswegen behandelt wurde. Im Jahre 1908 war bei ihr wegen Verdacht auf Ulcus ventriculi eine Gastroenterostomie gemacht worden.

Als Ursache der Blutungen kann man eine hämorrhagische Diathese, an die man in solchen Fällen wohl denken könnte, hier von vornherein ausschließen, da die Patientin vor 4 Jahren eine Laparatomie durchgemacht hat, ohne daß auffällige Blutungen bei der Operation stattgefunden haben. Auch die vorhandene Taenie dürfte in keinem Zusammenhang mit den Blutungen gestanden haben, da die Untersuchung des Blutes nicht für eine Anämie sprach.

Bei diesen profusen Blutungen, für die sich keine Erkrankung des Magens nachweisen läßt, sind u. a. differentialdiagnostisch Oesophagosvaricen in Betracht zu ziehen, wie sie bei Lebercirrhose z. B. vorkommen. Diese Varicen können dicht

an der Cardia sitzen und durch ihr Bersten um so leichter eine Magenblutung vortäuschen.

So beschreibt Sachs[1] einen Fall eines geplatzten Varix an der Cardia. Derselbe Autor hat ebenso wie Hirschfeld[2] eine tödliche Blutung auf Grund kleiner Aneurysmen eines Magenarterienastes gesehen. Tiegel[3] führt einige Fälle an, wo minimale Veränderungen der Magenschleimhaut als Ursache von heftiger und hartnäckiger Blutung gefunden wurden. Er meint auf Grund seiner Beobachtungen: „Die Diagnose: Magenblutung ohne pathologisch-anatomische Grundlage, wird sich einschränken lassen, wenn man bei eingehendster Betrachtung der Magenschleimhaut auch den geringsten Defekt als Ursache einer Blutung ins Auge faßt und mikroskopisch untersucht."

Doch sind alle diese Möglichkeiten in unserem Falle auszuschließen, da die Sektion nicht die geringste anatomische Veränderung ergeben hat. Es war also eine rein parenchymatöse Blutung, einer der Fälle, von denen Orth[4] sagt: „Doch läßt auch manches Mal die Untersuchung im Stich, so daß man annehmen muß, daß auch eine reichliche parenchymatöse Blutung zur Bildung von Blutklumpen führen kann."

Die parenchymatösen Blutungen kommen nun bekanntlich vor bei Pfortaderthrombose, Sepsis, Skorbut und anderen Erkrankungen. Zuweilen findet man aber auch parenchymatöse Magenblutungen ohne das Vorhandensein einer derartigen Erkrankung. Czylhay[5] beschreibt einige Fälle von primär aufgetretenen Magenblutungen, die er für den Ausdruck einer noch unbekannten Allgemeinerkrankung hält.

---

1. Zur Path. sog. idiopath. Magenbl. Deutsche med. Wochenschrift 1892.

2. Ein Fall von tödlicher Magenbl. infolge Miliaren-Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie. Berl. klin. Wochenschr. 1904, Nr. 22.

3. Zur Kasuistik tödlicher Magenblutungen. Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 47.

4. Path. Anatomie I.

5. Ueber parench. Magenbl. Archiv für Verdauungskrankh. 1912.

Reichardt[6] teilt drei Beobachtungen aus dem Augusta-Hospital mit. Es handelte sich um plötzliches Auftreten heftigster Magenblutung mit tödlichem Ausgange. Einmal trat die Blutung einige Tage nach einer Bauchoperation auf; der Patient litt an schwerem Ikterus, der vielleicht eine Veränderung der Gefäßwände verursacht hatte. Die beiden andern Fälle betreffen zwei jüngere Frauen (26 und 34 Jahre), bei denen versucht wurde, operativ die Magenblutung zu stillen, ohne Erfolg. Allen drei Fällen gemeinsam war das völlig negative Ergebnis der Autopsie bezüglich des Nachweises einer Quelle der Blutung.

Nach den Erfahrungen Lambottes[7] ist die Hämatemesis bei der chronischen Gastritis gar nicht so selten. Die fünf Patienten Lambottes litten an starker Hyperchlorhydrie, und zwar schon seit Jahren. Vier von ihnen hatten schon wiederholt Hämatemesis gehabt. Der zuletzt operierte Patient litt an einer veralteten Dyspepsie und erbrach plötzlich zwei Liter Blut. Alle fünf Patienten wurden operiert. Die vier ersten hatten eine Hyperplasie des Sphincter pylori, bei ihnen wurde eine Sphincterektomie gemacht; bei drei von diesen fanden sich epitheliale Erosionen auf der dem Magen zu liegenden Fläche. Die beiden anderen Kranken hatten vollkommen intakte Schleimhaut. Auch Moser[8] meint, indem er gleichzeitig einen Fall mitteilt, daß „der Pylorusstenose ein großer Einfluß auf das Zustandekommen parenchymatöser Magenblutungen zuzuschreiben ist“. Die Blutungen selbst erklärt er sich durch Blutaustritt aus der hyperämischen Schleimhaut.

Ewald[9] erscheint es jedoch im Hinblick auf zahlreiche Fälle

---

6. Drei Fälle von parench. Magenbl. Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 20; Centralbl. f. Chir. 1900, V.

7. Contribution à l'étude des grandes hémorrhagies stomacales dans la gastrite chronique. Ann. de la soc. Belge de Chir. 1899, S. 178.

8. Ueber parench. Magenbl. Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 44.

9. Deutsche Klinik V.

von Pylorusstenose ohne Blutung sehr zweifelhaft, ob die einfache Pylorusstenose Ursache von Blutungen werden kann.

Zuweilen kommen Magenblutungen vor, die mit der Menstruation im Zusammenhang zu stehen scheinen, so daß die Magenblutungen mehr oder minder regelmäßig mit den Menstruationsterminen zusammenfallen. Man spricht daher in diesen Fällen von vikariierenden Magenblutungen, und zwar handelt es sich hierbei meist um okkulte.

„Das Auffinden von periodischen Magenblutungen, welche nicht zum Bluterbrechen führen, ist von gewissen Zufälligkeiten abhängig und kommt deswegen nur selten zur Beobachtung“[10].

Da diese periodischen Magenblutungen nicht nur bei Amennorrhoe, sondern auch bei regelmäßig fließenden Menses vorkommen, hat L. Kuttner vorgeschlagen, dieselben nicht als vikariierende, sondern als „menstruelle“ Magenblutungen zu bezeichnen. Häufig liegt dieser Art Blutungen ein Ulcus zugrunde, das zur Zeit der Menstruation zu Magenblutungen neigt.

Charakteristisch dafür ist der Fall von L. Kuttner[11]. Es handelte sich um ein 18jähriges Fräulein, das mit 14 Jahren menstruiert war. Seit drei Jahren litt sie an leichten Verdauungsstörungen, Magendruck, Aufstoßen usw., später stellte sich Erbrechen mit Blutbeimengungen ein. Sie klagte über Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, die auf einen bestimmten Punkt lokalisiert wurden. Die Diagnose wurde auf Ulcus ventriculi gestellt. Vom Mai bis September bestand Amennorrhoe. In diesen Monaten, also zur Zeit der Amennorrhoe wiederholte sich nun das Bluterbrechen ca. alle 4 Wochen, im allgemeinen immer zum Termin der vergebens erwarteten Menstruation. Das Bluterbrechen dauerte jedesmal 3—4 Tage; später war die Periode sehr unregelmäßig; doch steigerten sich jedesmal zu den Menstruationsterminen die in der Zwischen-

10. L. Kuttner, Berl. klin. Wochenschr. 1895, VII.
11. Berl. klin. Wochenschr. 1895, VII.

zeit erträglichen Magenschmerzen, und zu wiederholten Malen trat zur Zeit der vergeblich erwarteten Menstruation Bluterbrechen ein. Setzte die Periode ein, so blieb, ausgenommen einmal, das Bluterbrechen aus.

Riegel[12] äußert sich dahin, „auch den menstruellen Typus beobachtet man zuweilen bei Magenblutungen. So hat man bei den auf der Basis eines Ulcus auftretenden Magenblutungen zuweilen beobachtet, daß sie mit den Menstruationsterminen zusammenfielen. Auch bei Amennorrhoe kommt es zuweilen zu periodischen Magenblutungen. Man bezeichnet dieselben vielfach auch als vikariierende". Queiroto[13] hat einen Fall von letal endender Hämatemesis während der Menstruation mitgeteilt. Bei der Sektion hatte sich im ganzen Magendarmtraktus nicht die geringste Veränderung gefunden. Weiterhin beschreibt Fischel[14] eine menstruelle Magenblutung, die derart heftig war, daß sie das Leben der Patientin bedrohte, so daß er sich aus einer Indicatio vitalis zu einer Operation entschließen mußte.

Die 24jährige Frau hatte angeblich vom 18.—22. Lebensjahr alle 4 Wochen einen Abgang von 2—3 Tropfen Blut aus den Genitalien. Seit der Verheiratung vor zwei Jahren trat keine Blutung mehr auf, dagegen alle 4 Wochen intensive krampfartige, von den Leistengegenden zum Magen hinausstrahlende Schmerzen, die sich mit der Zeit noch verschlimmerten. Die Patientin magerte auch außerordentlich stark ab. Vor zwei Monaten unter Kardialgien Auftreten von Bluterbrechen.

Status: Gut entwickelte Brüste, reichlich Schamhaare, äußere Genitalien normal. Scheide 5 cm blind endend. Keine Spur von Portio oder Muttermund. Per rectum tastet man nur einen quer durch das Becken ziehenden Strang, gegen die Mitte zu sich herabsenkend, nach den Seiten zur Höhe der Linea

---

12. Erkrankungen des Magens. Nothnagel XVI.
13. Zit. nach Wagner, Digestionstraktus. Nothnagel, Suppl. VI.
14. Ein Fall von Uterus bicornis rudimentarius Molimina menstrualia. Prager med. Wochenschr. 1894, XII.

terminalis sich erhebend, der als Rest der Müllerschen Gänge gedeutet wird. Die heftigen dysmenorrhoischen Beschwerden, sowie die Erwägung, daß durch die dabei entstehende Kongestion sich die schwere Hämatemesis, eine Art vikariierender Menstruation wiederholen könnte, veranlaßte die Kastration. Dabei fand sich ein Uterus bicornis rudimentarius. Die Ovarien überraschten durch ihre Größe und die zahlreichen bis erbsengroßen Follikel. Im linken Ovarium war ein 2 cm großes Corpus luteum. Die Heilung erfolgte glatt.

Auch L. Kuttner[15] berichtet über 4 Patientinnen, die an „menstruellen" Magenblutungen ohne klinisch nachweisbare Läsion des Magens litten. Diese Magenblutungen äußerten sich teils in Form einer Hämatemasis, teils traten sie als okkulte Blutungen auf. Eine der Patientinnen war amennorrhoisch, bei den drei übrigen war die Menstruation regelmäßig, zum Teil sogar stark.

Von besonderem Interesse dürfte folgender Fall Kuttners sein. Eine 35jährige Frau hatte bald zur Zeit der fehlenden, bald zur Zeit der vorhandenen Menstruation Bluterbrechen. Die Mutter der Patientin litt ebenfalls an periodischem, menstruellem Bluterbrechen. Die eine Schwester hat ähnlich dem von Watson[16] mitgeteilten Falle, der eine Frau mit periodischem Magenbluten betrifft, seit ihrem 14½ Jahre, immer zur Zeit der vergeblich erwarteten Periode, Nasenbluten gehabt, das nur nach ihrer Verheiratung während der Schwangerschaft und Laktation fortblieb, dann aber immer wiederkehrte.

Bei der Mehrzahl der Patientinnen L. Kuttners traten die Magenbeschwerden nur während des Menstruationstermines auf resp. stärker hervor. Die Magenblutungen stellten sich oft einige Tage vorher oder während der Dauer der Menstruation ein, oder fielen auch analog dem sogenannten Mittelschmerz in die Mitte von zwei Perioden. Bei allen diesen mitgeteilten Fällen

---

15. Berl. klin. Wochenschr. 1895, VII.
16. Zitiert nach Kuttner.

handelte es sich um chlorotische bzw. anämische Individuen, deren nervöse Erscheinungen stark hervortraten.

Dieser Umstand, sowie das durch die eine Beobachtung festgestellte familiäre Auftreten lassen nach L. Kuttner an die Einwirkung nervöser Einflüsse auf die Entstehung dieser Magenblutungen denken.

Leo[17] ist sogar der Meinung, daß eine Magenblutung als vasomotorisch tropische Neurose infolge von Hysterie auftreten könne, und sagt hierüber: „Bluterbrechen ohne organische Erkrankung des Magens kommt als vasomotorische Neurose bei Hysterischen vor. Sie ist als Reflexneurose zu betrachten und tritt zuweilen periodisch in Form einer Menstruatio vicaria auf.“ Er berichtet von einer 20jährigen Dame, die ausgesprochene Symptome von Hysterie darbot und wochenlang fast täglich Blut erbrach. Wie die Menstruation sich in dieser Zeit verhielt, erwähnt Leo leider nicht.

Auch Lancereaux[18] spricht von Blutungen auf nervöser Grundlage: „Leur pathogénie se rapproche de celle de la menstruation, qui en est le typ le plus parfait: il s'agit en somme d'un acte réflexe, qui paralyse le tonus vasculaire et entraîne la dilatation des petites artères et des capillaires.

Les hémorrhagies nérvopathiques se produisent le plus souvent au niveau des membranes muqueuses des voies digestives, respiratoires, urinaires ainsi que du côté de la peau surtout du voisinage des articulations.“

Krueg[19] hat Magenblutungen in den vorgerückten Stadien der Paralyse beobachtet. Seiner Meinung nach wird die Entstehung der Blutung, abgesehen von einzelnen Geschwüren und Erosionen, durch die paralytischen Aufregungszustände bei stark erhöhtem Blutdruck und bestehender Parese der Blut-

17. Diagnostik der Krankheiten der Verdauungsorgane.

18. Des hémorrhagies névropathiques. La sem. méd. 1900, S. 286.

19. Ueber Magenblutung im Verlauf der paralytischen Geistesstörung. Archiv f. Psych. u. Neurol. 1880.

gefäße begünstigt. Der Ausgangspunkt der Störung ist eine Läsion des Zentralnervensystems. Daß von diesem aus unter Umständen Magenblutungen ihre Entstehung nehmen können, beweisen die bekannten Experimente von Schiff, Brown-Séquard, Ebstein, Ewald (Verletzung bestimmter Gehirnteile).

Bei unserer Patientin waren Symptome einer Nerven- oder Geisteserkrankung nicht vorhanden; immerhin wäre deshalb eine Störung der Vasomotoren nicht ganz auszuschließen.

Fasse ich noch einmal die charakteristischen Momente unseres Falles zusammen, so sind die Magenblutungen bei einer Frau beobachtet worden, die seit ihrem 18. Lebensjahr amennorrhoisch war. Mit dem Ausbleiben der Menstruation im 18. Lebensjahre setzten die Anfälle von Bluterbrechen ein, die sich später häufig wiederholten und zum Teil so stark waren, daß sie im Jahre 1908 zu einer Operation führten. Die Operation und ebenso alle inneren Behandlungsmaßnahmen hatten keinen wesentlichen Einfluß auf das Verhalten der Magenblutungen; vielmehr traten dieselben immer heftiger auf, so daß die Patientin am 26. Juli 1912 an den unmittelbaren Folgen der Blutung zugrunde ging. Bei der Sektion konnte an keiner Stelle eine Ursache für die stattgefundenen Blutungen nachgewiesen werden. Auch die histologische Untersuchung der Kapillargefäße des Magens hatte, wie in einem analogen Fall von L. Kuttner, keine Veränderung der Gefäßwände ergeben.

Die Aetiologie der Magenblutungen in diesem Falle muß demnach trotz genauester Untersuchung als unklar bezeichnet werden. Man könnte daran denken, daß die Blutungen bei der Patientin in einer gewissen Beziehung zu den Unterleibsvorgängen, d. h. zu der Amennorrhoe derselben gestanden hat. Für diese Auffassung spräche vielleicht der Umstand, daß die Blutungen sich während der Dauer unserer Beobachtung zeitweilig in Intervallen von 28 bzw. 30 Tagen wiederholten, d. h. in Zeiträumen, die eventuell den Menstruationsterminen ent-

sprochen haben. Vor allem aber auch der Befund bei der Sektion, nach dem sich der Uterus bei der letzten, zum Tode führenden Blutung im Stadium der Menstruation befand.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor L. Kuttner, Direktor der I. inneren Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu Berlin, für die Anregung und das gütige Interesse an meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen. Ebenso danke ich Herrn Dr. Alfred Lindemann für seine freundliche Unterstützung.

Literaturverzeichnis.

Czylhay: Ueber parenchymatöse Magenblutungen. Archiv für Verdauungskrankheiten 1912.

Ewald: Deutsche Klinik V.

Fischel: Ein Fall von Uterus bicornis rudimentarius. Molimina menstrualia. Prager med. Wochenschr. 1894, XII.

Hirschfeld: Ein Fall von tödlicher Magenblutung infolge Miliaren-Aneurysmas einer Magenschleimhautarterie. Berliner klinische Wochenschr. 1904, Nr. 22.

Krueg: Ueber Magenblutungen im Verlauf der paralytischen Geistesstörung. Archiv für Psychiatrie u. Neurologie 1880.

Kuttner, L.: Ueber Magenblutungen und besonders deren Beziehung zur Menstruation. Berliner klin. Wochenschr. 1895, VII ff.

Lambotte: Contribution à l'étude des grandes hémorrhagies stomacales dans la gastrite chronique. Ann. de la soc. belge d. chir. VII, Nr. 7.

Lancereaux: Des hémorrhagies névropathiques. La sem. méd. 1900, S. 286.

Leo: Diagnostik der Krankheiten der Verdauungsorgane 1890.

Moser: Ueber parenchymatöse Magenblutungen. Münchener med. Wochenschr. 1902, Nr. 44.

Orth: Pathologische Anatomie I, 1887.

Queiroto (zitiert nach Wagner): Digestionstractus. Nothnagel, Suppl. VI.

Reichardt: Drei Fälle von tödlicher parenchymatöser Magenblutung. Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 20.

— Parenchymatöse Magenblutungen. Centralbl. f. Chirurgie 1900, V.

Riegel: Erkrankungen des Magens. Nothnagel XVI.

Sachs: Zur Pathogenese sog. idiopathischer Magenblutungen. Deutsche med. Wochenschr. 1892.

Tiegel: Zur Kasuistik tödlicher Magenblutungen. Münchener med. Wochenschr. 1902, Nr. 47.

Watson (zitiert nach L. Kuttner): Berliner klin. Wochenschr. 1895, VII ff.

Lebenslauf.

Am 1. September 1887 wurde ich, Walter Unverricht, evangelischer Konfession, als Sohn des Kaufmanns Max Unverricht zu Berlin geboren. Von Ostern 1894 an besuchte ich das Lessing-Gymnasium zu Berlin und verließ es im Februar 1906 mit dem Zeugnis der Reife, um Medizin zu studieren. Meinen Studien lag ich an der Universität Berlin ob, bestand im Juli 1908 die ärztliche Vorprüfung und diente im Winterhalbjahr 1908/09 als Einjährig-Freiwilliger im Garde-Füsilier-Regiment zu Berlin. Im Jahre 1912 machte ich dann mein Staatsexamen in Berlin. Während meines praktischen Jahres war ich auf der pathologisch-anatomischen Abteilung des Augusta-Hospitals zu Berlin, an einem Davoser Sanatorium und auf der I. inneren Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin tätig.